

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 73

DU

TRAITEMENT DE L'ANUS CONTRE NATURE

PAR

L'ENTÉRRORRAPHIE CIRCULAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 juillet 1896

PAR

Maurice OLIER

Né à Compeyre (Aveyron)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE TERRE ET ROUMÉGOS, RUE VIEILLE-INTENDANCE 5

1896

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. MAIRET *, DOYEN.

CARRIEU, ASSESSEUR.

Professeurs.

<i>Hygiène.</i>	MM. BERTIN-SANS.
<i>Clinique médicale.</i>	GRASSET (*).
<i>Clinique chirurgicale.</i>	TÉDENAT.
<i>Clinique obst. et gynécol.</i>	GRYNFELTT.
<i>Thérap. et Matière médicale.</i>	HAMELIN *.
<i>Clinique médicale.</i>	CARRIEU.
<i>Clinique des mal. ment. et nerv.</i>	MAIRET *.
<i>Physique médicale.</i>	IMBERT.
<i>Botan. et Hist. Nat. méd.</i>	GRANEL.
<i>Clinique chirurgicale.</i>	FORGUE.
<i>Clinique ophtalmologique.</i>	TRUC.
<i>Chimie médicale et Pharmacie.</i>	VILLE.
<i>Physiologie.</i>	HEDON
<i>Histologie.</i>	VIALLETON
<i>Pathologie interne</i>	DUCAMP.
<i>Anatomie.</i>	GILIS.
<i>Opérations et appareils.</i>	ESTOR.
<i>Médecine légale et toxicologie.</i>	N...
<i>Id. SARDÀ (Chargé du cours).</i>	N...
<i>Anatomie pathologique</i>	N...
<i>Id. BOSC (Chargé du cours).</i>	N...
<i>Microbiologie.</i>	N...
PROF. HONOR.: MM. JAUMES, DUBRUEIL (*), PAULET (O. *)	

Chargés de Cours complémentaires:

<i>Clinique annexe des maladies des enfants..</i>	MM. BAUMEL, agrégé.
<i>Accouchements.....</i>	PUECH, agrégé.
<i>Clinique annexe des mal. syphilit. et cutan.</i>	BROUSSE, agrégé.
<i>Clinique annexe des maladies des vieillards.</i>	ESPAGNE, agrégé libre
<i>Pathologie externe.....</i>	N...

Agrégés en Exercice.

MESSIEURS :	MESSIEURS :	MESSIEURS
BAUMEL	LAPEYRE.	VALLOIS.
BROUSSE.	MOITESSIER.	MOURET.
SARDÀ.	BOSC.	DELEZENNE.
LECERCLE.	DE ROUVILLE.	GALAVIELLE.
RAUZIER.	PUECH.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse:

MM. FORGUE, président.
TÉDENAT, professeur.
LAPEYRE, agrégé.
DE ROUVILLE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A la mémoire de mon Père

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

M. OLIER.

A mon Président de Thèse

Monsieur E. FORGUE

Professeur de clinique chirurgicale

A Monsieur le Professeur agrégé LAPEYRE

A TOUS MES MAITRES

A MES AMIS

M. OLIER.

INTRODUCTION

Faire l'histoire de l'entérorraphie circulaire appliquée au traitement de l'anus contre nature, discuter ses avantages et ses inconvénients, parler des principaux procédés opératoires et citer les résultats obtenus, tel est le but de notre travail. Ce n'est pas une œuvre originale, ni personnelle, car de nombreux auteurs plus compétents que nous ont traité le sujet et nous ne saurions ajouter à ce qui a été dit ; ce n'est pas même une étude absolument complète de la question, le peu de temps que nous avons à y consacrer ne nous a pas permis de passer en revue les nombreuses publications que nous possédons à ce sujet. Aussi réclamons-nous de nos juges et de ceux qui pourront nous lire toute leur indulgence.

Le point de départ de ce travail a été deux observations d'entérorraphie pour anus contre nature que nous a communiquées M. le professeur agrégé Lapeyre et auquel nous adressons tous nos remerciements. Nous remercions aussi M. le professeur Forgue qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse et qui a toujours été pour nous d'une grande bienveillance. Que tous nos Maîtres de la Faculté reçoivent le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Nous diviserons notre travail de la façon suivante :

1. Aperçu historique.
2. Observations.
3. Valeur de l'entérorraphie — Discussion.
4. Manuel opératoire.
5. Soins pré et post-opératoires.
6. Conclusions.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DE L'ANUS CONTRE NATURE
PAR L'ENTÉRORRAPHIE CIRCULAIRE

CHAPITRE PREMIER

APERÇU HISTORIQUE

La première tentative d'entérorraphie remonte au commencement du siècle dernier. Ramdhor, en 1727, pratiqua cette opération pour une hernie gangrenée. Il réséqua une portion d'intestin, invagina les deux bouts, les sutura et guérit son malade ; c'était l'entérectomie primitive appliquée au traitement préventif de l'anus contre nature. De là à l'application de la même opération à l'anus artificiel, il n'y avait qu'un pas. On y songea sans doute, mais l'entreprise parut périlleuse et fut repoussée par les chirurgiens de l'époque.

Dupuytren raconte qu'au moment où il étudiait le traitement de l'anüs contre nature, une première idée se présenta à lui : «Pouvait-on, en détruisant les adhérences des deux extrémités de l'intestin abouchées à l'anüs et en les rendant entièrement libres, les invaginer, ou provoquer entre elles des adhérences de manière à rétablir immédiatement la continuité du tube digestif? Mais une telle opération serait accompagnée de trop de difficultés et de dangers, pour jamais être entreprise par un chirurgien prudent ; elle remettrait évidemment en question non seulement la guérison de la maladie, mais la vie même des malades. » (*Dict. de méd. et chir. prat.*, 1824).

C'est Roux qui, le premier, pratiqua la résection des deux bouts d'intestin suivie de suture pour un anus iléo-vaginal. Sa malade mourut peu de temps après l'opération, et son insuccès ne contribua pas à vulgariser la méthode. L'observation fut publiée dans le *Journal général de médecine* et communiquée à l'Académie (1828).

À la suite de cette communication, la même année, Gendrin publia (*Journal général de médecine*, 1828) un travail dans lequel il traite de l'entérorraphie et de la gastro-entérotomie comme moyen de guérir l'anüs contre nature. Il considère ces opérations comme indiquées seulement par l'insuccès des autres moyens, le dépérissement du malade et le danger de mort.

Vers cette époque, Jobert de Lamballe publie (*Archives générales de médecine*, 1824, et *Mémoire sur les plaies du canal intestinal*, 1826) le résultat de ses expériences sur le mode de réunion des tuniques intestinales. Il montre que les adhérences se font plus rapidement et plus sûrement par les surfaces séreuses que par les bords de la section et crée un procédé rationnel d'entérorraphie basé sur l'adossement des séreuses. Malheureusement, il employait des sutures perfo-

rantes traversant toute l'épaisseur de l'intestin ; chaque fil se trouvait par conséquent infecté par les germes des voies digestives, d'où danger d'infection pour la séreuse et échec inévitable de la suture.

Lembert (*Mémoire sur la réunion des plaies de l'intestin*, in *Rép. d'anat. et de phys. path.*, 1826) modifie heureusement le procédé de Jobert ; il adosse les séreuses, mais les points de suture respectent la muqueuse. Il supprime ainsi, sans avoir conscience, la principale cause de l'infection péritonéale et crée la suture type, dont la plupart des procédés actuels ne sont que des variantes.

Malgré les perfectionnements apportés dans les procédés de suture, l'entérorraphie reste longtemps dans le domaine de l'expérimentation ; c'est en quelque sorte une opération de laboratoire exclue de la pratique chirurgicale. Chassaignac (*Traité des opé. chir.*, 1862) la repousse comme dangereuse.

On trouve cependant une tentative d'un chirurgien américain nommé Kinloch ; faite en 1863, elle ne fut publiée qu'en 1867 (*Amer. jour. of. med. Sc.*, 1867).

L'avènement des doctrines microbiennes et les merveilleux résultats de la méthode antiseptique ne tardèrent pas à faire rentrer l'opération dans la pratique. C'est surtout en Allemagne que furent pratiquées les premières opérations d'entérorraphie pour anus contre nature : Hüter publie une observation en 1876 ; son malade succomba (*Deutsch. Zeitsch. für chir.*, 1876).

Ce furent surtout les faits de Schede, de Dittel, de Billroth, qui contribuèrent à vulgariser l'opération. La question fut portée devant les 7^e, 8^e, 9^e Congrès de chirurgie allemande, pour savoir s'il fallait préférer les méthodes nouvelles aux méthodes anciennes. La plupart des chirurgiens allemands déclarent que l'entérorraphie est la méthode de choix

dans la cure des anus contre nature. Wilms est seul défenseur de l'entérotome.

En 1882 (*Rev. méd. de Suisse romande*, 1882), Julliard, de Genève, publie deux observations d'entérorraphie pour anus contre nature terminées par la guérison. Il les fait suivre d'une note dans laquelle il considère l'entérectomie comme « certainement et de beaucoup le procédé le plus sûr et le plus prompt pour guérir l'anús contre nature. »

Chaque année on voit paraître de nouvelles observations d'anús contre nature traités par la résection suivie de suture et les statistiques vont en grossissant.

En France, on se montre moins enthousiaste de la méthode, sans cependant la laisser absolument de côté. Bouilly et Assaky (*Revue de chirurgie*, 1883) font paraître un mémoire dans lequel ils discutent les avantages de l'entérorraphie, et ne l'acceptent que dans certains cas. Pollosson fait sa thèse d'agrégation sur ce sujet, et L.-H. Petit écrit en 1887 son article du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre.

En 1890, paraît le travail de Gœtz (Thèse de Genève) sur les diverses méthodes de traitement de l'anús contre nature : c'est un résumé de la question ; l'auteur réunit 77 observations d'entérectomie secondaire.

Depuis 1890, les travaux sur la question sont allés en augmentant : Chaput a publié plusieurs mémoires dans les *Archives générales de médecine*, il a inspiré la thèse de Philippe (Paris, 1890) ; il a écrit l'article « anus contre nature » du *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus.

M. le professeur Forgue (*Thérapeutique chirurgicale*) établit nettement les indications de l'entérotomie et de la suture intestinale.

Jeannin, en 1894 (Thèse de Lyon), étudie les avantages de

l'entérorraphie dans la cure des anus contre nature et conclut à la supériorité de cette méthode.

Tous les journaux de chirurgie publient des observations d'anús artificiels traités par la résection suivie de suture, et M. le Dentu, portant la question devant le Congrès de chirurgie de 1895, rapporte 40 cas d'entérorraphie postérieurs à la thèse de Gœtz.

Dans ces dernières années, Murphy a attiré l'attention des chirurgiens sur un nouveau mode d'entéro-synthèse, dans lequel il remplace les sutures par un bouton anastomotique.

Ce procédé opératoire, plus rapide, est encore à l'étude et demande à être perfectionné. L'idée qui l'a inspiré est bonne et il paraît appelé à remplacer la suture intestinale. Nous ne discuterons pas ici les avantages ni les inconvénients de cette manière de faire.

OBSERVATIONS

Observation 1

(Communiquée par M. Lapeyre)

Marie M..., âgée de 56 ans, entre à l'hôpital suburbain le 22 septembre 1893. Elle raconte que, depuis 15 ans, elle est atteinte d'une hernie crurale droite qui se produisit insidieusement et ne fut jamais bien douloureuse. Depuis une dizaine d'années, elle portait pendant la journée un bandage qu'elle plaçait le matin, debout, sur l'orifice de sa hernie, mais sans essayer préalablement de la faire rentrer, bien qu'elle pût le faire partiellement.

Dernièrement, elle a vendangé pendant 13 jours. Mais elle n'a pu continuer à porter son bandage que jusqu'au dixième, à cause des douleurs provoquées par la pression de l'appareil sur une plaque rouge qui est apparue au niveau de l'arcade crurale, sans symptômes généraux ou locaux, comme fièvre, ballonnement du ventre, coliques, etc. Elle a cessé de travailler et s'est appliqué des cataplasmes de farine de lin. Trois ou quatre jours après, la peau s'est ulcérée et il est sorti du pus et des matières fécales. Elle a continué les cataplasmes jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Actuellement, on constate les faits suivants : à la base du triangle de Scarpa, du côté droit, est une hernie grosse comme le poing, contenant sans doute de l'épiploon complètement irréductible. A deux ou trois centimètres au-dessus de l'arcade crurale et parallèlement à elle, la peau est violacée et ulcérée en trois points, séparés par de petits ponts cutanés qu'on in-

cise. Un autre trajet fistuleux vient s'ouvrir à la partie interne de la cuisse, à quatre ou cinq centimètres de la vulve. La pression de l'abdomen fait sourdre par tous ces orifices une espèce de purée liquide, jaunâtre, mêlée de bulles gazeuses fines qui viennent crever à la surface: c'est le contenu intestinal. Il sort en plus grande abondance une heure et demie après l'ingestion des aliments. Cependant, la majeure partie des matières fécales suit les voies naturelles. Un stylet introduit dans les trajets supérieurs ne peut par aucun d'eux pénétrer dans l'intestin: d'ailleurs on n'insiste pas. Au contraire, dans le trajet inférieur, le stylet s'enfonce profondément et aboutit, sans doute, dans la cavité intestinale. On n'ose essayer de le faire ressortir par les trajets supérieurs.

On porte le diagnostic d'anus contre nature survenu à la suite de sphacèle d'une anse intestinale étranglée par le collet du sac, ou bien, et plus probablement, comprimée entre le bandage mal placé et la branche horizontale du pubis: sphacèle qui a permis l'issue des matières fécales, la formation d'un abcès stercoral et la fistulisation entéro-cutanée.

On prescrit le traitement préparatoire suivant: désinfection quotidienne de la région et des trajets fistuleux, compresses antiseptiques fréquemment renouvelées, alimentation exclusivement liquide (lait, bouillon, vin), 2 gr. de benzonaphtol dans les vingt-quatre heures en quatre cachets. On donne un lavement simple tous les jours, un purgatif l'avant-veille de l'opération, un autre le matin même. La malade a pris un bain de sublimé.

L'opération est pratiquée le 8 octobre. Anesthésie au chloroforme. On rase la vulve et on désinfecte soigneusement le champ opératoire. On fait au niveau de l'arcade crurale une incision de quinze centimètres environ, divisant la peau et successivement les couches sous-jacentes jusqu'au sac herniaire qu'on ouvre d'un coup de ciseau sur une étendue de cinq à

six centimètres. Aussitôt, on constate qu'il est rempli par une masse adipeuse, grosse comme le poing, adhérente par places, c'est l'épiploon. On libère ces adhérences, on fait une ligature en X sur le pédicule de l'épiploon hernié et on le résèque. La face interne du sac apparaît alors formée de plusieurs cupules en nid de pigeon de diverses grandeurs ; on place sur ses bords une couronne de pinces de Kocher et on va à la recherche de l'intestin. Une sonde cannelée est introduite profondément dans l'orifice fistuleux le plus inférieur qu'on suppose aboutir dans l'intestin.

De la première incision, à l'union de son tiers externe et de son tiers moyen, on fait partir une incision verticale de douze centimètres environ, n'entamant que la peau. On tombe immédiatement, à la partie inférieure de cette incision, sur une masse de la largeur de deux doigts, dure, fibreuse, noirâtre, sanieuse, percée de plusieurs orifices par lesquels la pression de l'abdomen fait sourdre des matières intestinales et des gaz. Le doigt introduit dans l'orifice herniaire vérifie l'adhérence de l'intestin grêle à cette masse calleuse, dont on évalue l'épaisseur à trois centimètres. Par crainte de commettre de gros dégâts, on n'incise pas sur le doigt ainsi placé. On creuse l'incision au-dessus de ce point, en reconnaissant au passage chacune des couches qui forment sur les côtés la paroi abdominale, jusqu'au fascia transversalis. Chemin faisant, on est gêné par l'artère et la veine épigastriques qu'on lie ensemble très bas et qu'on écarte avec les deux bouts du fil pris dans une pince à forcipressure. A ce moment, sans inciser le fascia transversalis et après avoir vérifié qu'il n'y a pas d'autres fistules stercorales que celles déjà rencontrées, on passe par l'orifice herniaire un doigt qui va accrocher l'intestin, tirer au dehors l'anse adhérente à cette masse calleuse et l'en dégager avec précaution. Alors on incise en travers le pont formé par la masse calleuse et on constate les faits suivants : les trajets

fistuleux partent d'un point où deux anses grêles se sont anastomosées et s'abouchent par un orifice fibreux, large comme une pièce de un franc. L'anse intermédiaire aux deux portions d'intestin soudées et qui joue le rôle d'un canal de dérivation, long de dix centimètres environ, forme une boucle dont les deux moitiés adhèrent ensemble. On décide alors de réséquer le canal de dérivation, ainsi que le point d'abouchement d'où partent les trajets fistuleux et de faire l'entérorraphie circulaire totale des deux bouts d'intestin.

Pour cela, on place une ligature en chaîne sur le pli mésentérique et on résèque toute la portion d'intestin malade ; les doigts d'un aide compriment les deux bouts d'intestin, afin d'éviter la contamination du péritoine par le contenu intestinal. On lave ensuite largement les deux bouts et on les abouche par une suture à la Lembert, mais en surjet, faite avec une aiguille ordinaire de tailleur et du fil de soie très fin ; on décrit deux fois le cercle en sens contraire, de façon que chaque point du premier surjet forme un X avec le point correspondant du second. On redouble de précautions et on multiplie les points au niveau de l'insertion mésentérique. On réduit le tout dans la cavité abdominale, après avoir lavé soigneusement la ligne de suture avec l'eau bouillie, salée, très chaude. On résèque la masse calleuse fistulisée et la peau décollée ; on gratte fortement avec la curette le trajet qui va s'ouvrir près de la vulve. Le sac herniaire est disséqué jusqu'à l'anneau et réséqué après avoir lié le pédicule. On place un drain dans l'angle inférieur de la plaie, un autre dans l'angle supérieur et on fait, à la soie forte, un premier plan de sutures perdues affrontant les muscles et les aponévroses de la paroi abdominale. On résèque la peau de l'angle des deux incisions cutanées que l'on ferme par une ligne unique de points séparés au fil d'argent. Lavage au sublimé ; poudre d'iodoforme ; gaze et ouate antiseptique ; double spica de laine.

On recommande à la malade de garder une immobilité absolue et de ne pas faire d'efforts. On prescrit un julep morphiné à 0^{gr},05 et 2 gr. de benzonaptol en quatre cachets. Tout aliment est supprimé; on administre seulement du champagne frappé et du rhum. Cathétérisme de la vessie trois fois par jour.

Le soir de l'opération, on constate une légère pâleur de la face et la moiteur de la peau. La malade n'est pas trop fatiguée et n'accuse pas de douleur; on ne constate pas de ballonnement du ventre. Température 37°,5. Pouls 90.

9 octobre. La nuit a été très bonne, le facies est meilleur. Température 37°. Pouls 90. Le soir, température 37°,6. Pouls 90.

10 octobre. Nuit bonne, la malade continue à bien aller. Température 36°,7. Pouls 85. Le soir, température 37°,3. Pouls 89.

11 octobre. Rien de particulier. Température 37°. Pouls 85. Le soir, température 37°,4. Pouls 87.

13 octobre. Pendant la nuit, la malade a eu une selle diarrhéique peu abondante, de couleur et d'odeur normales. Température 36°,9. Pouls 85.

15 octobre. Pansement. La réunion immédiate est en train de se faire: on enlève les drains et quelques fils. Pas de douleur à la pression, pas de ballonnement du ventre.

16 octobre. Pas d'ascension fébrile. La malade va bien.

21 octobre. On commence l'alimentation solide.

21 novembre. La guérison est complète. La malade prend toute sorte d'aliments, digère bien, va à la garde-robe d'une façon régulière et facile.

Cette femme a été revue à plusieurs reprises, 4, 5, 6, 12 et 18 mois après l'opération; elle n'a jamais présenté aucun trouble intestinal, pas de maux de ventre, toujours des selles régulières. Elle a succombé, 18 mois après l'opération, d'une lésion cardiaque.

Observation II

(Communiquée par M. Lapeyre)

Thérèse R..., âgée de 60 ans, entre à l'hôpital le 18 août 1895. Elle est atteinte d'anus contre nature siégeant au niveau de la région crurale droite. Cette lésion est consécutive à une gangrène herniaire et date de deux mois.

A l'examen on constate que l'orifice anormal est situé immédiatement au-dessous de l'arcade de Fallope, au niveau de la partie moyenne de ce ligament. Les bords de cet orifice sont légèrement évasés, humides et fongueux ; sur le pourtour, on voit une zone eczémateuse de la grandeur d'une pièce de cinq francs environ. Ça et là sont quelques petites pustules. Les deux bouts de l'intestin sont facilement perméables à une sonde de caoutchouc ordinaire, mais l'éperon qui les sépare est très saillant et très épais. Les matières alimentaires apparaissent au niveau de l'anus artificiel une heure et demie environ après leur ingestion et donnent à supposer que la solution de continuité siège sur un point relativement élevé du tube intestinal. La nutrition se trouve de ce fait gravement compromise; aussi la patiente a-t-elle beaucoup maigri : elle est maintenant faible, émaciée et sans vigueur.

On décide d'intervenir par l'incision abdominale, la résection de l'anse lésée suivie de la suture circulaire. On prépare la malade à subir l'intervention : alimentation absolument liquide (lait, bouillon, vin), antiseptiques intestinaux, lavements quotidiens, pansement humide sur la lésion, purgatif l'avant-veille et le matin de l'opération.

L'opération est pratiquée le 8 septembre. Après désinfection du champ opératoire et anesthésie, on incise, parallèlement à l'arcade crurale, à 2 cent. environ au-dessus de celle-ci, de

l'épine iliaque à l'épine du pubis. Les diverses couches musculo-aponévrotiques traversées, on ouvre le péritoine. L'anse intestinale lésée apparaît alors adhérent intimement à la paroi, au niveau de l'anneau et sur une certaine étendue. La dissection de ces adhérences est longue et délicate et il faut éviter l'effusion du contenu intestinal dans le péritoine. Après dissection, l'anse est attirée à l'extérieur et on constate une perte de substance, de la grandeur d'une pièce de deux francs, occupant la presque totalité de la circonférence de l'intestin. On résèque 4 centimètres du bout inférieur, 3 du bout supérieur et on réunit les deux cylindres à l'aide d'un double point de sutures continues. On emploie, pour cette suture, une aiguille ordinaire de couturière et du fil de soie très fin ; on décrit deux fois la circonférence en sens contraire, de façon à entre-croiser les points de suture du premier plan avec ceux du second. L'anse suturée est bien lavée à l'eau bouillie, salée, chaude et réduite dans la cavité abdominale. On résèque ensuite le trajet intra pariétal de l'anus et on ferme la plaie de la laparotomie en suturant les divers points de la paroi abdominale. Pansement antiseptique ordinaire.

La malade est placée dans le décubitus horizontal, les jambes légèrement fléchies, avec recommandation de rester immobile et de ne pas faire d'efforts. On la sonde trois fois par jour pour vider sa vessie.

Comme alimentation, on donne du champagne frappé et du rhum, en même temps qu'on prescrit à l'intérieur 0,05 d'extrait thébaïque et 2 gr. de benzonaphtol en 4 cachets.

9 septembre. La malade va bien ; la nuit a été bonne. Température 37° ; pouls 90. Le soir, température 38°5 ; pouls 90.

10 septembre. La nuit a été agitée et la malade est anxieuse ; le pouls a augmenté de fréquence (110) et la température s'est élevée (38°3). Le ventre est ballonné, mais pas douloureux à

la pression. Dans la nuit, il y a eu des nausées et quelques vomissements. On prescrit de la glace, du champagne frappé et on administre un purgatif léger.

11 septembre. L'état s'est aggravé : les vomissements sont devenus plus fréquents ; le pouls est à 120 ; la température atteint 38° ; le purgatif administré la veille n'a pas amené d'évacuation.

12 septembre. Les symptômes précédents vont en augmentant et la malade succombe, dans la nuit du 12 au 13, au collapsus toujours croissant.

Autopsie. — Le ventre est très ballonné. A l'ouverture de l'abdomen, les anses intestinales apparaissent fortement distendues par les gaz, mais présentent leur coloration normale. Pas de rougeur ni d'exsudat ; il n'y a pas de liquide dans le cul-de-sac de Douglas. On recherche la suture intestinale. Elle passe à plusieurs reprises sous nos yeux sans qu'on soupçonne sa présence. C'est que le sillon déterminé par la juxtaposition et l'adossement des parois intestinales n'existe plus. Il a été comblé par un exsudat qui recouvre tous les fils, ainsi que la ligne de réunion. Au niveau de la suture, le calibre de l'intestin admet encore l'extrémité du petit doigt. L'orifice est situé au milieu d'un diaphragme formé par le retroussement des tuniques intestinales. Les points de suture avaient très bien tenu et partout la fermeture était hermétique. Il n'y avait donc pas eu effusion des matières intestinales dans la cavité péritonéale.

CHAPITRE II

VALEUR DE L'ENTÉRRORRAPHIE. — DISCUSSION

Les deux observations que nous venons de rapporter ne sauraient servir de base pour discuter la valeur de l'entérorraphie comme méthode de traitement des anus contre nature, aussi nous servirons-nous pour apprécier cette opération des divers travaux publiés à ce sujet. Plaçons-nous à des points de vue différents et examinons les questions suivantes :

- 1° L'entérorraphie est-elle rationnelle ?
- 2° Est-elle pratique ? Quels sont ses résultats ?
- 3° Présente-t-elle des avantages sur les méthodes anciennes ?
- 4° N'a-t-elle pas des inconvénients ?
- 5° Doit-on l'appliquer à tous les cas ?

I. *L'entérorraphie est-elle rationnelle ?*

Une méthode de traitement, pour être logique et rationnelle, doit répondre aux indications de la lésion à laquelle on l'applique et ne pas présenter de contre-indications ; c'est là un principe de thérapeutique chirurgicale générale admis par tout le monde. L'entérorraphie remplit-elle ces conditions vis-à-vis de l'anus contre nature ? Nous essayerons de le montrer.

L'anus contre nature résulte en général de la destruction d'une anse intestinale ; il est essentiellement caractérisé par deux bouts d'intestin, s'ouvrant au niveau de la paroi abdominale et séparés par une cloison plus ou moins saillante appelée éperon. Cet éperon joue un rôle important dans la physiologie pathologique de la lésion, en s'opposant au passage des matières du bout supérieur dans l'inférieur et en les dirigeant vers l'orifice cutané. De là découlent deux indications thérapeutiques essentielles : 1° rétablir le cours des matières en détruisant l'éperon ; 2° les empêcher de sortir par l'orifice anormal en l'oblitérant.

Or, l'entérorraphie en suturant les deux bouts d'intestin, après les avoir régularisés par une résection préalable, remplit exactement ces deux indications.

Voici ce que dit à ce sujet Pollosson, dans sa thèse d'agrégation : « La résection de l'intestin suivie de suture remplit en une même séance la double indication de rétablir le cours des matières et de fermer la perte de substance. Elle y arrive en corrigeant chacun des éléments dont se compose la difformité anus contre nature. Il y a des réunions anormales, elle libère l'intestin ; des pertes de substance, elle les répare par le rapprochement de l'intestin, de la peau ; des séparations anormales, elle réunit par suture ; des excès de substance, elle les supprime par l'entérectomie ; des changements de rapport, elle les restitue en rétablissant l'axe intestinal, en réduisant dans la cavité abdominale les parties déplacées vers les orifices herniaires. C'est une opération parfaite en théorie. . . . »

II. *L'entérorraphie est-elle pratique? Quels sont ses résultats?*

Avant l'antisepsie, l'entérorraphie était, à juste raison, considérée comme mortelle par tous les chirurgiens et la question ne pouvait être posée. Aujourd'hui où toutes les audaces chirurgicales sont permises, moyennant une propreté rigoureuse, nous devons nous demander si l'entérorraphie est réellement applicable à la thérapeutique des anus contre nature ; cela nous amène à parler de la gravité de l'opération. C'est là d'ailleurs le principal reproche qu'on adresse à la suture intestinale. Jetons un coup d'œil sur les statistiques et voyons les résultats obtenus.

La première statistique que nous trouvons est due à Rydygier (*Berlin. klin. Woch.*, 1881) ; elle porte sur 23 cas et donne une mortalité de 33,3 p. 100.

En 1883, Pollosson (Thèse d'agrég., 1883), Bouilly et Assaky (*Revue de chirurgie*, 1883) réunissent 29 observations avec 18 guérisons et 11 morts, soit une mortalité de 37,7 pour 100.

Makins (*Saint-Thomas's Report*, 1885) cite 39 cas, avec 38,4 p. 100 de mortalité.

La statistique de Hache (*Bulletin médical*, 1888) porte sur 45 cas et la mortalité est de 38 p. 100.

Sur les 54 observations réunies par L.-H. Petit dans son article (*Dict. encycl. de Dechambre*), nous trouvons 32 guérisons et 22 morts, ce qui donne 37,7 p. 100 de mortalité.

La statistique de Gætz (Thèse de Genève, 1890), qui est la plus importante, porte sur 77 cas, parmi lesquels 25 morts et 52 guérisons ; la mortalité est de 32,4 p. 100.

Cette mortalité considérable, 37,7 et 32,4 p. 100, fait rejeter l'entérorraphie par plusieurs chirurgiens ; son emploi ne

paraît justifié que lorsque les autres moyens de traitement sont inapplicables ou ont échoué.

Cependant, les perfectionnements apportés dans l'instrumentation, les heureuses modifications de la technique opératoire, l'application plus rigoureuse de la méthode antiseptique, l'habitude de plus en plus grande des opérations abdominales ont considérablement diminué la proportion des cas malheureux. Les nombreuses observations suivies de guérison, publiées dans ces derniers temps, témoignent des progrès accomplis en même temps qu'elles modifient la mortalité.

Le Dentu, au Congrès de chirurgie de 1895, a pu réunir 40 observations postérieures à la thèse de Gœtz, avec 5 morts et 35 guérisons, ce qui donne une mortalité de 12,50 p. 100. En ajoutant ces 40 cas aux 77 de la statistique de Gœtz, on a 117 cas avec guérisons et 30 morts, et la mortalité tombe à 26,47 p. 100.

Ces statistiques, surtout si on ne tient compte que des cas récents, nous montrent que l'entérorraphie tend à devenir de moins en moins grave. Certes, la proportion de morts est encore considérable, mais ne saurait faire rejeter l'opération, si l'on tient compte des avantages qu'elle présente sur les anciens modes de traitement. Il est certain que si l'on compare la mortalité de l'entérorraphie, 37,26 et même 12,50 p. 100, à celle de l'entérotomie, on trouve une différence énorme, la proportion de morts par l'entérotome ne dépassant pas 4 pour 100.

Nous ferons remarquer que dans les 4 p. 100 de morts par l'entérotome, on ne compte pas ceux qui ont succombé pendant l'intervalle du traitement, du fait de leur lésion qui les expose aux infections diverses (pneumonie, tuberculose) et à une dénutrition rapide.

Ces cas de morts par maladie intercurrente ou par inanition

doivent être assez nombreux et le chiffre de la mortalité dans l'entérotomie doit s'élever.

III. — *Avantages de l'entérorraphie*

Pour montrer les avantages de l'entérorraphie, comparons cette opération à l'ancien mode de traitement des anus contre nature, c'est-à-dire à la section de l'éperon, suivie ou non d'opération anaplastique.

La section de l'éperon se fait en général avec des instruments spéciaux désignés sous le nom d'entérotomes. Inventé par Dupuytren, l'entérotome a subi des modifications multiples et diverses qu'il serait trop long de reproduire ici. Le principe reste toujours le même : il s'agit de ne pas ouvrir le péritoine en sectionnant l'éperon, et pour cela, il faut provoquer des adhérences avant que la section n'ait lieu ; on y arrive en comprimant contre les mors d'une pince la cloison valvulaire formant l'éperon. Sous l'influence de cette compression, il y a gangrène de la partie comprise entre les deux mors, inflammation adhésive de la séreuse dans le voisinage, écartement des bords de la section et communication entre les deux bouts de l'intestin.

D'après le principe de la méthode, la section doit se produire lentement ; il faut laisser l'instrument en place jusqu'à ce qu'il tombe de lui-même, c'est-à-dire pendant 4 à 5 jours. Ce n'est qu'à ce moment que la section se produit ; encore faut-il faire des applications successives, lorsqu'on n'a pas eu soin de saisir une certaine longueur d'éperon, 7 à 8 centimètres en moyenne.

Pour obvier à ces inconvénients, section lente et applications successives de l'instrument, Richelot (Société de chirurgie, 1889) a proposé de pratiquer la section extemporanée

avec un bistouri et la suture des deux lèvres de la plaie ainsi créée. Cette manière de faire n'est pas sans dangers : l'ouverture de la cavité péritonéale expose à l'infection, surtout avec un champ opératoire difficile à aseptiser ; de plus, la nécessité d'une suture méthodique et exacte s'impose et la disposition des parties rend souvent cette suture difficile et, par-tant, insuffisante.

La section de l'éperon ne rétablit que très imparfaitement le cours des matières, attendu que l'orifice cutané persiste, livrant passage aux gaz et aussi à quelques matières. Cet orifice peut se fermer spontanément, et à la longue, sous l'influence de la rétraction mésentérique ; mais souvent il persiste une fistule plus ou moins grande qui demande à être fermée par une seconde intervention.

Les procédés d'oblitération de l'orifice cutané sont nombreux. On peut les grouper en trois catégories :

1° Les uns s'attaquent seulement à l'orifice cutané et au trajet ; ce sont les procédés de Jobert, de Velpeau, de Blandin, de Nélaton, de Gosselin. Ces procédés donnent peu de résultats et sont abandonnés aujourd'hui.

2° D'autres procédés plus logiques et plus rationnels agissent directement sur l'orifice intestinal, mais respectent le péritoine ; tels sont les procédés de Malgaigne, Denonvilliers, Chaput qui ont amené beaucoup de guérisons.

3° D'autres auteurs, pour se donner plus jour et pour se rendre mieux compte des dispositions de la lésion, ouvrent le péritoine et oblitérent l'orifice par l'entérorraphie latérale (Polano, Czerny, Trélat, Le Dentu).

Ces opérations complémentaires ont une efficacité incontestable ; mais pour intervenir par ces procédés, il faut attendre que la rétraction se soit produite, c'est-à-dire 3 à 4 mois après la section de l'éperon. Pendant ce temps, le malade

continue à subir les inconvénients de sa lésion et reste exposé aux diverses infections venues du dehors.

Il résulte de ces quelques considérations que le traitement de l'anus contre nature par la section de l'éperon exige au moins 3 à 4 mois. C'est d'ailleurs ce que l'on constate en dépouillant les statistiques.

Dupuytren rapporte 41 cas d'entérotomie et dit que la durée du traitement a été de 2 à 6 mois; dans les 35 cas de Pollosson, cette durée a été de 3 à 11 mois, et Gœtz, qui a réuni 113 entérotomes, dit que la guérison s'est fait attendre de 2 à 14 mois.

De plus, l'entérotomie n'est pas toujours efficace et les insuccès thérapeutiques sont assez nombreux. Dans la statistique de Dupuytren nous trouvons 21.95 pour 100 d'insuccès; cette proportion augmente considérablement dans la statistique de Pollosson, où il y a 61.3 pour 100 de guérisons incomplètes. Enfin, dans les 113 cas d'entérotomie réunis par Gœtz, nous trouvons que dans 52.41 pour 100, il y a eu persistance d'une fistule. Donc, guérison incomplète dans bon nombre de cas, voilà un second reproche à adresser à l'entérotomie.

Ne peut-on reprocher à l'entérotomie que sa longue durée et son inefficacité dans certains cas? L'entérotome présente en outre des inconvénients et des dangers qu'on ne peut toujours éviter.

Il peut arriver que l'entérotome soit mal supporté: son application peut provoquer du ballonnement du ventre, des coliques, des nausées, des vomissements et aussi des douleurs parfois tellement insupportables qu'on doit lever l'instrument. Chaput cite un cas où, avec ces phénomènes de péritonisme, on vit la température s'élever jusqu'à 39°. Ces accidents s'observent chez certains individus à abdomen doué d'une susceptibilité spéciale, mais surtout quand on a affaire à un

éperon présentant une épaisseur considérable, comme l'a démontré Chaput (*Archives générales de médecine*, 1890).

L'emploi de l'entérotome est dangereux dans plusieurs circonstances. Ainsi l'application de l'instrument sur un éperon divergent, dit Chaput, exerce un tiraillement excessif sur les parois abdominales éloignées l'une de l'autre, et de là danger sérieux de perforation. En outre, une anse intestinale interposée peut se trouver pincée, d'où possibilité d'accidents d'occlusion.

Lorsque le bout inférieur est aminci et atrophié par inactivité fonctionnelle, l'instrument coupe plus vite le bout anal que le bout stomacal, et cette rapidité de la section risque d'ouvrir le péritoine, les adhérences solides n'ayant pas eu le temps de se former.

Les dangers sont aussi grands quand les deux bouts d'intestin sont ramollis et friables, soit par la présence de tubercules dans le péritoine, soit par la dégénérescence amyloïde de l'intestin, soit par un état général mauvais. Alors la section se fait très rapidement et l'infection du péritoine est inévitable.

Citons encore les cas dans lesquels il existe de la péritonite latente. Chaput en a rapporté deux observations (*Société anatomique*, 1890). « Il n'est pas rare, dit cet auteur, de voir, à la suite de l'établissement de l'anus contre nature, se développer une péritonite purulente sans aucune espèce de symptôme. Le malade paraît bien portant, il n'a pas de fièvre et l'on se croit en droit d'appliquer l'entérotome; mais au bout de 24 heures il meurt subitement et, à l'autopsie, on trouve un litre de pus dans le péritoine, sans que d'ailleurs l'instrument ait provoqué la moindre perforation. »

Ces inconvénients et ces dangers de l'entérotome résultent en général de ce qu'on ne peut à l'avance se rendre un compte exact des dispositions de la lésion. Ainsi Foucher, dans sa

thèse, cite un cas où une hernie de la muqueuse au niveau de la plaie fut prise pour un éperon ; on appliqua l'entérotome et cette application n'eut d'autre résultat que de perforer l'intestin.

Les opérations autoplastiques elles-mêmes ne sont pas sans dangers. Voici ce que disait M. Le Dentu au Congrès de chirurgie de 1895 :

« Sans doute, les opérations autoplastiques ont beaucoup de droits à leur réputation de bénignité ; mais on se tromperait si on les croyait absolument inoffensives. La dissection des adhérences qui unissent l'intestin à la paroi abdominale, celle de la muqueuse, si on cherche à la séparer de la musculuse, expose à franchir les limites toujours indécises de la zone cicatricielle et à passer à travers la paroi intestinale. De là des accidents d'infection d'autant plus à craindre que la blessure de l'intestin ou l'ouverture de la séreuse n'est pas toujours reconnue à temps, et que, le fût-elle, l'opérateur est dans de mauvaises conditions pour prévenir les suites de l'accident et empêcher l'infection péritonéale. » Aussi, M. Le Dentu recommande-t-il, après la section de l'éperon, d'ouvrir largement le péritoine et de pratiquer l'entérorraphie latérale.

L'entérorraphie présente-t-elle les inconvénients et les dangers que nous venons de signaler à propos de l'entérotomie et est-elle passible des mêmes reproches ? Nous ne le croyons pas.

Si on se place au point de vue de la durée du traitement, on voit que l'entérorraphie présente des avantages immenses, puisque les patients sont définitivement guéris dans un laps de temps qui ne dépasse guère trois semaines.

« Ce n'est pas, dit Jeannin, une considération de peu de conséquences. Les malheureux porteurs d'anus contre nature sont exposés à des chances d'infection variées, malgré tous les soins de propreté que l'on pourra prendre. En outre,

comme leur lésion ne leur permet pas une digestion parfaite, leur état de santé sera compromis par le fait de la rupture de la balance entre les pertes et profits dans leur organisme. Mauvaise nutrition qu'on voit souvent se traduire chez les malades par une sécheresse spéciale de la peau et des muqueuses, une atrophie progressive de leurs masses musculaires, suppurations quelquefois au niveau de leur perte de substance, autant de cause qui les placent dans un état de moindre résistance et qui préparent admirablement bien le terrain aux infections venues du dehors, tuberculose, pneumonie... »

C'est au moins 5 à 6 mois d'attente dans les conditions d'hygiène plus qu'insuffisantes qu'on évitera au patient avec l'entérorraphie.

Non seulement la guérison est rapide, mais elle est aussi complète et définitive ; la persistance d'une fistule n'est plus à craindre. C'est là un fait à considérer et il n'est pas indifférent, en présence des inconvénients résultant d'un anus contre nature, d'employer une méthode de traitement en quelque sorte radicale, quoique la mortalité soit un peu élevée, de préférence à une autre méthode dont les résultats sont douteux et souvent incomplets.

Quant aux inconvénients et aux dangers signalés à propos de l'entérotome, il ne saurait en être question avec l'entérorraphie.

L'ouverture de la cavité abdominale permet au chirurgien d'examiner l'état de l'intestin, de voir l'étendue et la disposition de la perte de substance qu'il traite en connaissance de cause : tantôt l'entérorraphie latérale suffit à oblitérer l'anus artificiel ; souvent il faut pratiquer la résection suivie de suture ; dans quelques cas où l'entérorraphie est impraticable, il faut recourir à l'entéro-anastomose.

Ainsi, courte durée du traitement, guérison complète et définitive, possibilité d'explorer exactement la lésion et de la

traiter par un moyen approprié, tels sont les avantages de l'entérorraphie.

IV. *Inconvénients de l'entérorraphie*

Le principal reproche adressé à l'entérorraphie, celui qui résume tous les autres, est sa mortalité considérable. A quoi tient cette mortalité ? Plusieurs ordres de causes interviennent qui ne sont, en somme, que des difficultés opératoires.

D'abord la difficulté qu'il y a d'éviter la contamination du péritoine au cours de la résection qui précède la suture. On a imaginé de nombreux moyens pour empêcher l'écoulement des matières intestinales dans la séreuse : ligature des deux bouts, compression à l'aide d'un tube en caoutchouc fixé par une pince hémostatique, mais aucun d'eux n'est absolument parfait. On a inventé des instruments plus ou moins commodes : compresseur de Rydygier, pince de Quénu, pince à crémaillère de Chaput. Le meilleur moyen comme aussi le plus simple consiste à vider complètement l'intestin par des purgatifs répétés joints à une diète sévère. Lorsqu'on ne peut atteindre ce but et que le tube intestinal renferme des matières, on peut faire comprimer les deux bouts entre le doigt d'un aide ou se servir de la pince à crémaillère de Chaput avec stries longitudinales.

Une autre difficulté opératoire est celle de faire des sutures irréprochables : tantôt elles sont trop espacées, et alors il y a insuffisance, les germes et les matières s'échappent entre les points de suture ; tantôt elles sont trop serrées, d'où danger de sphacèle et de péritonite. Pour faire des sutures correctes, on aura soin de se servir d'aiguilles rondes qui font les trous petits, ne déchirent pas les tissus, mais les dissocient simplement sans compromettre leur vitalité ; la simple aiguille de

couturière rend souvent des services. Le fil devra être souple, non cassant, pas résorbable et très fin ; la soie fine n° 0 répond bien à ces conditions. Les sutures ne doivent jamais être perforantes, ce qui exposerait à l'infection ; elles doivent être étagées sur deux plans au moins, afin de mettre en contact des surfaces étendues, d'avoir une réunion solide et une barrière infranchissable aux microbes.

Si on n'employait qu'une seule rangée de sutures, on n'aurait qu'un contact linéaire avec des brèches dans l'intervalle des points de suture.

Ajoutons à cela que l'opérateur doit s'être exercé à l'avance à faire des sutures, s'y être fait la main, les avoir essayées sur le cadavre, sur des chiens. Il devra être sûr de son asepsie, de ses aides et de ses fils.

En dehors de ces difficultés opératoires d'ordre général, l'entérorraphie circulaire présente deux inconvénients : 1° la possibilité d'un rétrécissement immédiat ou consécutif ; 2° le défaut d'adaptation exacte des deux bouts quand ils sont de calibre inégal.

Le rétrécissement immédiat résulte, d'une part, du retroussement des tuniques intestinales qui font saillie dans l'intérieur du tube digestif, d'autre part, du gonflement de la muqueuse qui obstrue l'espace libre. Toutefois, ce rétrécissement n'est pas très fréquent : aussi, dans la statistique de Gœtz on ne trouve que 3 cas d'obstruction valvulaire sur 77 opérés. Quant au rétrécissement éloigné, dû à la présence du tissu cicatriciel, il n'en est pas fait mention dans les statistiques, et cela s'explique par la difficulté qu'il y a de suivre les malades après l'opération.

L'inégalité du calibre des deux bouts constitue une grosse difficulté opératoire, témoin les nombreux procédés imaginés pour y remédier. On a proposé de dilater le bout rétréci (Billroth, Ditt, Bouilly), mais cette dilatation produit des éraillures et compromet la vitalité des tuniques intestinales. Billroth

conseille de faire un pli sur le bout dilaté et de le fixer par des sutures. Madelung résèque un triangle sur le bout plus large et suture ensuite la perte de substance. La formation d'un pli et la résection rendent l'intestin épais, rigide et incapable de s'infléchir pour un adossement séro-séreux correct.

Le mieux est de prévenir l'inégalité de calibre, et, pour cela, il faut, aussitôt l'anus établi, faire des injections dans le bout inférieur et administrer des lavements. On s'opposera ainsi à l'atrophie du segment inférieur du tube digestif.

Pour remédier à ces inconvénients, Chaput a modifié à plusieurs reprises la suture circulaire.

En 1890 (*Arch. gén. de méd.*), il décrit la suture circulaire par abrasion qu'il a employée une fois avec succès chez l'homme. Avec ce procédé, on dissèque la muqueuse des deux bouts sur une hauteur de un centimètre environ et on la suture à elle-même. On suture ensuite les musculeuses avivées en mettant en contact leur face interne. On place au-dessus une suture séro-séreuse. Ce triple étage de suture donne un peu plus de solidité, mais l'opération est plus longue; on n'évite pas le rétrécissement valvulaire et on ne remédie nullement à l'inégalité de calibre.

En 1891 (Congrès de chirurgie), le même auteur fait connaître un nouveau mode de suture circulaire ne déterminant pas de rétrécissement et applicable sur deux bouts de calibre inégal: c'est l'entérorraphie circulaire avec fente longitudinale. Voici la description qu'il en donne: les deux bouts étant prêts pour la suture, on place une série de points séparés muco-muqueux noués dans la lumière de l'intestin sur toute la demi-circconférence postérieure. On fait ensuite aux ciseaux une fente de deux à trois centimètres sur le bord libre des deux bouts et parallèlement à l'axe. On obtient de chaque côté de la fente deux lambeaux flottants triangulaires que l'on arrondit en excisant leur sommet. On continue la suture muco-muqueuse

sur toute la circonférence de l'intestin et on la poursuit sur les bords de la fente jusqu'à sa terminaison. Ce premier plan de sutures est renforcé par deux séries de sutures séro-musculéuses et séro-séreuses.

Ce procédé est purement expérimental et n'a pas été employé chez l'homme. S'il évite le rétrécissement et remédie à l'inégalité de calibre, il est d'une longueur opératoire considérable.

Doit-on employer l'entérorraphie dans tous les cas ?

Tous les anus contre nature doivent-ils être traités par l'entérorraphie ? Voilà une question difficile à résoudre et au sujet de laquelle les auteurs sont loin d'être d'accord : les chirurgiens allemands rejettent absolument l'entérotomie, tandis que les chirurgiens français, plus éclectiques, tout en reconnaissant les avantages de l'entérorraphie, n'abandonnent pas complètement la section de l'éperon, qui, dans certains cas, rend de réels services. C'est que les dispositions que peut présenter l'anus contre nature sont multiples et variées et par ce fait susceptibles d'interventions diverses. Il y a des cas où l'entérorraphie est impuissante à remédier aux lésions qu'observe le chirurgien ; il y en a d'autres où la résection s'impose ; dans d'autres cas enfin, l'emploi de l'entérorraphie est discutable et l'entérotomie peut être utile.

L'entérorraphie est impraticable quand il y a rétrécissement très étendu ou oblitération portant sur une grande longueur du bout inférieur qu'on ne peut réséquer. Il en est de même lorsque, après résection, on ne peut affronter les deux cylindres par suite du peu de longueur du mésentère, comme cela arrive dans les anus ombilicaux portant sur le côlon transverse. Il faut recourir dans ces cas à une autre intervention, à l'entéro-anastomose. C'est ce qu'ont fait Terrillon et Chaput dans un

cas communiqué à l'Académie de médecine en 1890. L'entéro-anastomose doit remplacer l'entérorraphie lorsque l'anse intestinale où siège l'anus anormal est tellement adhérente aux anses voisines qu'on ne peut la libérer pour pratiquer la suture. Cela arrive quand on a affaire à un ancien foyer de péritonite ayant développé des adhérences solides qui agglutinent tous les organes voisins.

L'entérorraphie est indiquée et admise par tous les chirurgiens dans les cas d'anus compliqué ou ayant résisté aux autres modes de traitement. Les complications de l'anus contre nature réclamant cette intervention sont nombreuses ; nous les grouperons, avec les classiques, sous trois chefs principaux : l'orifice cutané, l'orifice intestinal, les bouts intestinaux.

L'orifice cutané, au lieu d'être unique, peut présenter une série de pertuis rappelant la disposition en pomme d'arrosoir. Après débridements, l'application de l'entérotome est quelquefois possible, mais, en général, la présence de tissu cicatriciel très dur ne permet pas d'arriver facilement jusqu'à l'éperon et on doit recourir à l'entérectomie. Il en est de même lorsque l'orifice est unique mais très étroit et ne se laisse pas dilater par suite de l'induration de ses bords. Cette induration s'étend souvent au trajet lui-même et devient une indication d'entérorraphie.

L'orifice intestinal peut présenter des complications analogues et la présence de perforations multiples nécessite l'emploi de l'entérectomie. La même opération est nécessaire quand la perte de substance intestinale est très large ; le rétrécissement consécutif doit faire rejeter l'entérorraphie latérale.

Les rapports réciproques des deux bouts intestinaux sont souvent une indication d'entérorraphie ; ainsi, tous les chirurgiens s'accordent à l'employer lorsque les deux bouts divergent fortement, lorsqu'ils sont croisés ou contournés en spirale.

L'emploi de l'entérorraphie est encore justifié quand il y a prolapsus irréductible de la muqueuse ou invagination d'un des bouts d'intestin

Il faut intervenir rapidement par la suture lorsque l'anuss siège sur la première partie de l'intestin grêle, à peu de distance de l'estomac ; dans ce cas, l'alimentation est insuffisante, car les matières alimentaires s'échappent au dehors avant d'avoir subi l'action des sécrétions intestinales, hépatique et pancréatique, c'est-à-dire avant d'avoir été transformées et, par suite, absorbées.

Nous avons dit plus haut qu'il fallait avoir recours à l'entérorraphie dans tous les cas où les autres modes de traitement ont échoué. Ces cas sont assez nombreux ; la proportion la plus faible est celle que l'on trouve dans la statistique de Dupuytren. Elle est représentée par le chiffre de 21,95 pour 100.

L'emploi de l'entérorraphie est discutable dans les cas d'anuss sans complications, avec éperon mince, saillant et facilement accessible. Dans ces conditions, l'application de l'entérotome est facile et sans dangers ; c'est une opération à la portée de tout médecin qui n'est pas chirurgien. Elle n'exige pas des aides, un milieu spécial et une certaine habitude des opérations intestinales. Dans ces cas, l'entérotome ne paraît pas devoir être rejeté, malgré sa longue durée de traitement.

CHAPITRE III.

MANUEL OPÉRATOIRE

Le manuel opératoire, constant dans les grandes lignes, varie dans les détails, suivant les chirurgiens et aussi suivant les circonstances. Nous passerons en revue les principaux procédés. L'opération comprend plusieurs temps successifs :

1. L'incision cutanée.
2. Exploration de la lésion et libération de l'anse.
3. Résection.
4. Suture.
5. Réduction.
6. Suture de la paroi.

Incision cutanée. — L'incision cutanée permettant d'arriver sur l'intestin et de le libérer de ses adhérences varie beaucoup dans sa forme, suivant le siège et l'étendue de la lésion. On peut cependant distinguer deux manières de faire :

La première consiste à inciser au voisinage immédiat de l'anus contre nature, à disséquer de dehors en dedans, du centre vers la périphérie des adhérences et à libérer au fur et à mesure progressivement, en les attirant au dehors, les deux bouts d'intestin.

La seconde sectionne d'emblée, jusqu'au péritoine inclusivement, les divers points de la paroi abdominale, et cela dans les tissus sains et par conséquent plus ou moins loin de l'orifice anormal. On pratique ensuite la libération de l'anse de la

periphérie des adhérences vers leur centre, représenté par l'orifice fistuleux, et une fois l'intestin disséqué, on le tire hors du ventre. Cette incision péritonéale d'emblée a été employée, pour la première fois, par Julliard, de Genève, puis par Doyen, et dernièrement Gangolphe a écrit un mémoire sur ce sujet (*Revue de chirurgie*, 1896). M. le professeur Forgue est absolument partisan de cette manière de faire.

Voici ce que dit Gangolphe sur les avantages de cette incision péritonéale d'emblée :

«1° Elle est rapide ; le chirurgien ne craint pas de blesser aucun organe et va d'emblée jusques dans la cavité péritonéale ;

»2° Elle est sûre ; le doigt, introduit dans le péritoine, explore les plans profonds au voisinage immédiat de l'anus ; il guide les ciseaux qui libèrent circulairement et à distance les bouts intestinaux ;

»3° Elle permet d'attirer au dehors, d'isoler sur des compresses stérilisées qui la cernent à sa base, la région où va se passer l'acte opératoire principal. Les chances d'infection sont diminuées en même temps que les manœuvres sont facilitées par cette mise au jour des extrémités intestinales ;

»4° Elle peut être employée dans tous les cas, cela est évident ; d'autre part, elle permet de réussir là où l'on eût échoué en procédant différemment.

»L'incision comprend toute la paroi jusqu'au péritoine exclusivement ; elle doit avoir une forme ovale ou losangique ; pour obtenir une bonne adaptation des deux lèvres de la plaie, éviter de faire converger exactement au même point les deux moitiés latérales de l'incision, les prolonger en queue de 1 à 2 centimètres. On circonscrit ainsi l'anus contre nature en se tenant à 1 centimètre et même davantage de ses bords toujours en tissu absolument sain. »

Exploration digitale. — Libération de l'anse. — A la partie supérieure de l'incision précédente, on ouvre la séreuse péritonéale. L'index introduit par cette boutonnière contourne à droite et à gauche le pédicule formé par l'intestin adhérent à la paroi ; le chirurgien se rend compte rapidement de l'étendue des adhérences. Puis, sur ce doigt conducteur dont la pulpe suit la séreuse péritonéale, on fait glisser la pointe des ciseaux courbes mousses et l'on coupe tous les tissus en suivant l'incision superficielle. On libère ainsi toute la partie de la paroi abdominale adhérente à l'intestin, c'est-à-dire l'anus artificiel, plus un rebord cutané plus ou moins considérable.

Une fois l'anse dégagée de ses adhérences avec la paroi et avec les anses voisines, on l'attire au dehors et on l'entoure de compresses aseptiques multiples, de façon à protéger le péritoine du contact possible des matières. Puis on procède à la résection des deux bouts.

Résection. — Doit-on réséquer les deux bouts dans tous les cas ? Quelques auteurs le prétendent ; cependant il peut arriver que l'entérorraphie latérale sans résection des bouts soit suffisante, c'est lorsqu'on a affaire à un anus contre nature sans éperon et avec solution de continuité peu étendue ne permettant pas de craindre un rétrécissement ultérieur. Il est très difficile de limiter les cas et de dire quand on doit employer l'entérorraphie latérale et quand il faut réséquer : c'est une affaire d'appréciation personnelle et le chirurgien doit baser sa ligne de conduite sur l'intensité et l'étendue de la lésion qu'il constate.

Quoi qu'il en soit, il n'y a que quelques cas qui soient susceptibles d'être traités par l'entérorraphie latérale, la majorité relève de la résection suivie de suture.

Comment ferons-nous cette résection ?

La résection devra enlever toutes les parties sclérosées ou ayant subi des phénomènes inflammatoires, et pour cela il faut trancher en plein tissu sain, en dehors des adhérences, sinon on s'expose à la non réunion. Il faut en même temps enlever un segment triangulaire de mésentère correspondant à la portion réséquée du canal intestinal. Pendant ce temps opératoire, on doit veiller à ce que les matières ne souillent pas le péritoine et pour cela prendre les précautions que nous avons indiquées plus haut.

Suture intestinale. — Le procédé de suture intestinale le plus employé et le plus rapide, celui qui a été mis en pratique dans les deux observations que nous rapportons, est l'entérorraphie circulaire classique avec un double plan de sutures: le premier est séro-musculaire, l'aiguille traverse la séreuse et sort par la tranche de la musculuse ; le second est séro-séreux. Ce double étage de sutures donne une solidité suffisante, et les points muco-muqueux ne feraient qu'augmenter la durée de l'acte opératoire.

Les deux bouts étant prêts pour la suture, on place d'abord un premier point séro-musculaire dans la région du mésentère et un second à l'opposite au niveau du bord convexe. Un aide tire légèrement sur ce second fil. Cette traction détermine au niveau du bord des deux bouts une légère saillie qui rend plus rapide et plus facile l'application des points de suture. On se servira d'une aiguille de couturière et de fil de soie très fin, ainsi que nous l'avons conseillé. La suture pourra être continue ou à points séparés. Dans tous les cas, les points devront être échelonnés de 3 en 3 ou de 5 en 5 millimètres, sinon, on s'expose à une réunion insuffisante ; de plus, les points du premier étage alterneront avec ceux du second. La suture en surjet avec entre-croisement des points de chaque plan a donné

une adaptation complète des deux bouts dans nos observations. Elle est rapide, attendu qu'on n'a qu'à fixer l'extrémité du fil.

Réduction. — Après avoir rétabli la continuité du tube intestinal, on fera un dernier lavage de l'anse suturée et de la cavité abdominale et on procédera à la réduction. Cette réduction devra se faire aisément, sans le moindre effort, afin que les sutures ne soient pas tirillées. Il en sera ainsi si l'on a incisé largement et d'emblée la cavité péritonéale, ainsi que nous l'avons conseillé plus haut. Dans le cas contraire, il ne faudrait pas hésiter à débrider largement pour faciliter la réduction. Quelques auteurs ont conseillé de ne pas réduire et d'attendre que l'anse rentre d'elle-même dans la cavité abdominale ; cette manière de faire ne nous paraît pas avantageuse si on a fait une antisepsie rigoureuse et une suture méthodique.

Suture de la paroi. — La suture de la paroi doit être à plusieurs étages : on doit d'abord suturer le péritoine, puis les divers points musculaires et aponévrotiques, enfin la peau. Doit-elle être complète ? Les divers chirurgiens ne sont pas d'accord à ce sujet. Les uns laissent, à la partie inférieure de l'incision, une petite ouverture dans laquelle ils placent un drain ou une mèche de gaze ; ils trouvent à ce procédé un double avantage : 1° l'écoulement des matières stercorales sera assuré si un point de suture vient à lâcher, et, par suite, la péritonite sera évitée ; 2° les tissus avoisinant l'orifice se prêtent mal, disent-ils, à une réunion par première intention. D'autres ferment complètement la cavité abdominale : cette conduite est très rationnelle, si on a observé toutes les règles de l'asepsie et de l'antisepsie, et si on a fait une suture exacte de tuniques intestinales. Quant aux tissus indurés avoisinant l'orifice fistuleux, rien n'est plus facile que de les réséquer pour assurer la réunion.

CHAPITRE IV

SOINS PRÉ ET POST-OPÉRATOIRES

Dans toutes les opérations sur l'intestin, les soins pré et post-opératoires, surtout le régime, sont d'une importance capitale ; ils sont l'adjuvant nécessaire de l'acte opératoire et c'est d'eux que dépend en grande partie la réussite de l'intervention : aussi le chirurgien doit-il dicter lui-même d'une façon rigoureuse et détaillée tous les soins dont il faut entourer le malade.

Soins pré-opératoires. — Les soins pré-opératoires ont pour but de préparer le malade à subir l'intervention chirurgicale dans les meilleures conditions possibles. Soumettre à une bonne hygiène le sujet porteur de l'anus contre nature, l'entourer d'une propreté excessive, afin de le soustraire aux infections multiples qui le menacent, tel est le premier devoir du chirurgien. En second lieu, on s'occupera de l'état général, car ces malades présentent tous des phénomènes d'inanition plus ou moins rapides, suivant l'étendue et le siège de leur besoin. On combattra ce dépérissement progressif par une nourriture abondante, par des toniques et surtout par des injections alimentaires dans le bout inférieur ; cette dernière pratique est indispensable quand l'anus siège très haut au voisinage de l'estomac. On fera ces injections tous les jours et même plusieurs fois dans la journée, avec du bouillon, du lait, des peptones, des jaunes

d'œufs et l'on se servira d'une longue sonde en gomme introduite très profondément, afin d'éviter le reflux des matières vers l'orifice. Ces injections auront le double avantage de nourrir le malade et de s'opposer à l'atrophie du segment inférieur. Si le bout inférieur ne peut admettre la sonde, on essayera de le dilater avec les moyens ordinaires, laminaire, éponge, doigts, dilatateurs. Cette dilatation, en général facile, peut devenir impossible dans les cas d'anús ancien avec bout inférieur très rétracté ; dans ces cas, on donnera alternativement un lavement simple et un lavement alimentaire, le premier agira par simple action mécanique, le second par sa valeur nutritive.

Lorsque le malade aura repris des forces, qu'il sera à même de supporter l'opération, on l'y préparera directement. Ici, il faut avoir deux choses en but : 1° nettoyer le tube intestinal ; 2° désinfecter l'orifice cutané.

Huit jours avant l'opération, on prescrira exclusivement le régime lacté, afin de réduire à leur minimum les déchets digestifs ; puis on administrera tous les jours des cachets de naphтол, salicylate de bismuth, magnésie, pour désinfecter l'intestin. L'avant-veille de l'opération on donnera un purgatif salin ; la veille, le malade sera mis à la diète absolue et prendra un lavement purgatif qui sera renouvelé le matin même de l'opération. Cette manière de faire aura pour résultat non seulement de vider l'intestin, mais encore d'éviter les vomissements pendant ou après l'anesthésie qui pourraient mettre en danger les sutures intestinales.

Pour désinfecter l'orifice cutané, après avoir fait prendre de grands bains au malade, on fera des applications de vaseline boriquée ou iodoformée au voisinage de l'orifice ; on appliquera sur l'orifice lui-même des compresses antiseptiques humides que l'on renouvellera souvent. Si l'on constatait, au niveau de la perte de substance, des bourgeons char-

nus ou des excoriations anfractueuses, on les détruirait avec la curette et puis on procéderait aux applications antiseptiques.

Soins post-opératoires. — Les soins consécutifs à l'opération ont aussi une grande importance ; c'est que le moindre écart de régime, le plus petit effort, peuvent faire lâcher un point de suture et ouvrir la porte à l'infection péritonéale.

Pour éviter cela, aussitôt après l'opération, le malade sera placé dans le décubitus dorsal, les cuisses légèrement fléchies sur le bassin ; on lui recommandera une immobilité complète et surtout de ne pas faire d'efforts. On mettra l'intestin au repos, en administrant de 8 à 10 centigr. d'extrait d'opium dans les 24 heures et à doses fractionnées, par exemple une pilule de 0 gr. 02 toutes les trois heures. Le jour de l'opération et le lendemain, le malade restera sans boire ni manger ; on calmera sa soif par des quarts de lavements d'eau bouillie et par de petits morceaux de glace que l'on placera dans sa bouche.

Le 3^e jour on commencera l'alimentation ; elle sera absolument liquide et on procédera par petites quantités administrées à intervalles réguliers : on donnera par exemple une cuillerée de bouillon tous les quarts d'heure. Si la soif du malade est intense, s'il est déprimé, on usera de lavements à la fois stimulants et nutritifs avec lait, bouillon, jaune d'œuf, rhum ou champagne.

A partir du 4^e jour on supprimera l'opium, car il surviendrait du ballonnement et on alimentera le malade avec des œufs et des potages ; si on constatait du ballonnement vers le 5^e jour, on administrerait un laxatif.

Lorsque tout se passe bien, du 5^e au 8^e jour survient la première garde-robe parfois accompagnée de légères coliques qui ne durent pas.

Le 15^e jour on pourra permettre des aliments solides, légers et en petite quantité. Il faudra veiller à ce que le malade aille régulièrement à la selle.

Le 18^e ou 20^e jour, le malade se lèvera, en ayant soin de lui mettre un bon pansement compressif pour soutenir son abdomen et en lui recommandant de ne pas faire d'efforts.

Si, quelque temps après l'opération, il survenait un peu de température, de la fréquence du pouls, du ballonnement du ventre, quelques vomissements et autres symptômes de péritonite, la conduite rationnelle à suivre serait d'ouvrir le ventre et d'aller à la recherche de l'anse lésée. On fera de grands lavages du péritoine avec l'eau chlorurée bouillie en solution physiologique et on rétablira l'anus contre nature. Mais cette seconde intervention a bien peu de chances de réussir, car les phénomènes de péritonite sont si rapides qu'ils emportent le malade dans un bref délai.

CONCLUSIONS

1. L'entérorraphie appliquée à la cure des anus contre nature est une opération logique et rationnelle.

2. La gravité qu'elle présentait il y a quelques années est bien moindre aujourd'hui, grâce aux perfectionnements opératoires, à l'application plus rigoureuse de l'antisepsie, à l'habitude plus grande des opérations abdominales.

3. Ses avantages incontestables, guérison rapide et complète, examen exact des lésions, doivent la préférer aux anciens modes de traitement, mais non d'une manière exclusive.

4. L'entérorraphie circulaire classique avec deux plans de sutures, l'un séro-musculaire, l'autre séro-séreux, est d'une exécution assez rapide et donne une réunion suffisamment solide. Le rétrécissement valvulaire avec phénomènes d'obstruction n'est pas très fréquent.

5. Les soins à donner au malade avant et après l'intervention influent considérablement sur le résultat de l'acte opératoire.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 23 juillet 1896.
Pour le Recteur :
L'Inspecteur d'Académie délégué,
L. YON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 23 juillet 1896.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
